



TITLE:

頭部外傷荒木分類について

AUTHOR(S):

坂田, 一記

CITATION:

坂田, 一記. 頭部外傷荒木分類について. 日本外科宝函 1974, 43(3): 177-178

ISSUE DATE:

1974-05-01

URL:

<http://hdl.handle.net/2433/208020>

RIGHT:

話 題

頭部外傷荒木分類について

坂 田 一 記

荒木先生の頭部外傷型の分類は、その最もよく引用される記載である日本外科全書の先生の論著（日本外科全書10巻、1~175頁、1954年）が出てからすでに20年になるが、今なお国内で最も広汎に使用されている頭部外傷分類の1つと思われる。この間、先生自身による本分類の改正が1度行なわれており、この新定義による荒木分類の要点はつぎのとおりである（日本医事新報、2274号、105~106頁、1967年）。第Ⅰ型（単純型）：脳からの症状を全然欠如するもの。第Ⅱ型（脳振盪型）：意識障害が一過性で6時間以内に消失し、脳の器質的損傷を思わせる症状なく、短時日の間にほぼ痕跡なく治癒するもの。第Ⅲ型（脳挫傷型）：受傷後の意識障害が6時間以上持続するもの、および意識障害の有無にかかわらず受傷直後より脳の器質的損傷を思わせる症状を呈するもの。第Ⅳ型（頭蓋内出血型）：受傷直後の意識障害および局所症状が軽微であるか、又は欠如していて、それが時間の経過とともに急激に増悪するか、又は新たに出現するもの。ただし、受傷後短時日続く頭痛、嘔吐、めまい、などや血性髄液、頭蓋骨折、末梢性脳神経麻痺があってもⅠ、Ⅱ型たるを妨げない（下線は筆者）。

この荒木分類は、臨床症状経過を基準とすることによる実用性と、僅か4型への分類という簡明さが、長年にわたり諸家によって用いられて来ている理由と思われる。この分類の有用性は大きく分けて、診断面と重症度判定面の2つに集約できるであろう。診断面についての有用性は第Ⅳ型の手術適応指示が主となるものであるが、脳血管写の安全性が増し、また脳挫傷に対する広範囲減圧術の適応が論ぜられる現在、脳血管写施行に先立つ screening の意義はなお存続するものの往年ほどの有用性はないかもしれない。他方重症度判定面の有用性は現在もなお高いと考える。頭部外傷後遺症や外傷後てんかんに関する本邦報告中には外傷の重症度判定を荒木分類に準拠しているものが多い。そして大抵の場合このようなやり方によって妥当な結論が得られているようである。例えば荒木分類の第Ⅰ、Ⅱ型に属する症例でも髄液が血性であれば「脳挫傷」と診断する人もある。この場合、第Ⅲ型の症状、経過を示す症例と全く同列に「脳挫傷」として扱ってよいかどうか疑問である。私どもの症例についての調査結果（第74回日本外科学会口演、1974年、東京）では、血性髄液を示したⅠ、Ⅱ型症例の器質的と思われる後遺症の発生率（18%）は、髄液非血性例のそれ（5%）よりも高いものの、第Ⅲ型のそれ（42%）より明らかに低く、かかる症例は例えば第Ⅱ型（血性髄液）として記載するのがよく、「脳挫傷」として第Ⅲ型症例とともに一括することは宜しくないと考える。

頭蓋内血腫の存在が確認されても、臨床症状経過が第Ⅲ型のそれであれば第Ⅳ型でなくて第Ⅲ型であることはいうまでもないが、脳挫傷の存在が開頭術などで確認された例えば第Ⅰ型症例をそのまま第Ⅰ型（単純型）と診断することには心情的な抵抗がないとはいえない。しかしすべての症例

"On Araki's Classification of Head Injuries"

KAZUKI SAKATA The 2nd Department of Surgery Gifu University School of Medicine

岐阜大学医学部第2外科学教室助教授

において脳挫傷の「存在」あるいは「非存在」を確定することは、とくに軽症脳外傷の場合不可能であり、またすべての症例に適用できる診断名を用いなければ外傷症例を重症度に従って分類して検討を加える際の尺度にはならない。かって私は荒木先生に「開放性陥没骨折で明らかに脳挫傷が確認されていて、脳からの症状を欠如する場合は何型ですか」と伺ったところ、言下に「第Ⅰ型」といわれたことを記憶している。このような場合、先生が指示しておられるように括弧内に入れて、第Ⅰ型（開放性陥没骨折、脳挫傷）と診断すれば後日の検討に便利でなかろうか。

荒木先生の分類は今後とも、とくに重症度判定面において、有用であると私は信じているが、先生の記載に若干あいまいな点があって、例えば第Ⅳ型で、受傷直後の意識障害が「軽微」であって時間の経過とともに増悪する、という場合、どの程度の意識障害までを「軽微」というかは規定されていない。かって（1966年）私が先生に伺った時には、「半昏睡→昏睡」は第Ⅳ型で「昏睡→昏睡ないし死亡」は第Ⅲ型であるといわれたが、最近（1973年）西村周郎教授が先生に伺った時には「軽微」とは「応答可能状態」であるといわれたという（私信）。先生もいろいろ熟慮された上での結論であろうから、私どもはこのもっとも最近の先生の定義に従うのが妥当かもしれない。

このほか、例えば受傷後暫くしてから痙攣発作があり、その後発作は消退した場合（私が先生に伺った時には第Ⅳ型といわれたが）とか、外傷後健忘症の期間をどうするか（先生は健忘症の期間は意識障害期間に入れないといわれたが）、とか規定のあいまいな点がいくつかある。荒木先生の頭部外傷型分類は、上述のごとく今後とも広く用いられてしかるべき分類であり、脳神経外科領域における数多くのご業績の中で先生の名を冠した唯一のものでもあるので、先生の後継者であられる半田教授を中心に門下生の間で決定的な統一見解を作成して頂きたいと考えるのは私だけではないであろう。